

未成年者親権者承諾書

Dr.Spa Clinic 院長 鈴木芳郎 殿

平成 年 月 日

私は、_____が Dr.Spa Clinic にて下記の治療を受けることに
親権者として同意し、署名します。

治療名 _____

申込者氏名 _____ 印

生年月日 西暦 年 月 日 年齢 歳

住所 〒 () _____

連絡先 _____

親権者氏名 _____ 続柄 () 印

生年月日 西暦 年 月 日 年齢 歳

住所 〒 () _____

連絡先 _____